

## SOLICITUD DE ENMIENDA DE ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

### ADOPTION ASSISTANCE AMENDMENT REQUEST

**Uso del formulario:** Este formulario se usa para solicitar una enmienda a un acuerdo existente de asistencia de adopción según s.48.975(4)(b) cuando los padres adoptivos creen que ha habido un cambio sustancial en las necesidades de cuidado especial del menor. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Wisconsin Statutes, s.48.975(4)(b)1 exige que el Department determine "...si ha habido un informe sustancial de abuso o abandono del menor por parte de los padres adoptivos o de los padres adoptivos propuestos..." La divulgación de su número de seguro social es voluntaria y se usará sólo para fines de verificación. **Complete un DCF-F-CFS2092-E separado para cada menor para quien está solicitando una enmienda de asistencia de adopción.** Se debe presentar junto con este formulario la confirmación de un profesional adecuado que apoye las características identificadas. Las fechas en la documentación deben encontrarse dentro de los seis meses de la fecha en que se firmó este formulario.

---

#### SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL MENOR / PADRE/MADRE

Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de seguro social – Menor
---	---------------------------------

Fecha de nacimiento – Menor (mm/dd/aaaa)	Fecha de adopción (mm/dd/aaaa)
--	--------------------------------

#### Padre/madre adoptivo 1

Nombre – Indique todos los nombres legales desde la colocación del menor

Dirección - Postal (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono – De día	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social
-------------------	----------------------------------	-------------------------

Condado(s) de residencia desde la colocación del menor – Indique años específicos

Sí  No ¿Tiene conocimiento de algún informe confirmado de abuso o abandono del menor que lo involucre a usted y al menor?

Comentarios:

---

#### Padre/madre adoptivo 2

Nombre – Indique todos los nombres legales desde la colocación del menor

Dirección - Postal (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono – De día	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social
-------------------	----------------------------------	-------------------------

Condado(s) de residencia desde la colocación del menor – Indique años específicos

Sí  No ¿Tiene conocimiento de algún informe confirmado de abuso o abandono del menor que lo involucre a usted y al menor?

Comentarios:

---

**SECCIÓN B. NECESIDADES ESPECIALES / NIVELES DE DIFICULTAD DE CUIDADO**

---

Existen tres categorías de necesidades especiales y tres niveles de dificultad de cuidado en cada categoría. Marque "Sí" o "No" si el comportamiento / el sentimiento refleja el del menor. (Marque "No" si el comportamiento / sentimiento es adecuado para la edad).

**Necesidades de cuidado emocional**

**No aplica** – El menor no exhibe características emocionales inusuales para un niño de esta edad.

**Mínimas**

El menor debe exhibir al menos dos características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado emocional a un nivel mínimo.

- | <u>Sí</u>                | <u>No</u>                |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Demanda atención excesiva  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Nervioso   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Inquieto   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Impulsivo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Tiene rabietas   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Agitado  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Hiperactivo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Espectro de atención corto   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Se moja ocasionalmente durante la noche  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Baja autoestima y confianza   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Periódicamente abstraído e indiferente; evita los sentimientos                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Lloriquea, discute, dice malas palabras, manipula, etc. ocasionalmente                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique. |

---

**Moderado**

El menor debe mostrar al menos dos características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado emocional a un nivel moderado.

- | <u>Sí</u>                | <u>No</u>                |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Requiere supervisión de cerca con frecuencia   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Suele resistirse   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Dificultad frecuente para comunicarse con los demás; evita los sentimientos                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Con frecuencia no hace lo que se espera de él/ella   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Responde a las situaciones con apatía  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Dificultad para establecer / mantener relaciones, serios problemas de apego                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Demuestra conflictos culturales / sociales   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Moja la cama de noche con frecuencia; ocasionalmente va de vientre o ambos                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Muestra sobreactividad y sobreexcitación   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique. |

---

### **Intensivo**

El menor debe exhibir una o más características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado emocional a un nivel intensivo.

Sí      No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Requiere supervisión constante e intensiva; estructura diaria                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Personalidad infantil / inmadura   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Se orina encima o va de vientre durante las horas del día, varias veces a la semana            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Hiperactividad grave al punto de ser destructivo o tener insomnio                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Abstraído / deprimido / ansioso crónicamente   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Se lastima a sí mismo; extremadamente propenso a accidentes                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Necesita programas de comportamiento que requieren la capacitación de los padres               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Comportamiento raro o gravemente perturbado; destructivo                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Tiene anorexia nerviosa u otro trastorno alimenticio   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique. |

---

### **Necesidades de cuidado de comportamiento**

- No aplica** – El menor no exhibe características de comportamiento inusuales para un niño de esta edad para ser considerado un niño que tiene necesidades de cuidado de comportamiento a un nivel mínimo.

### **Mínimas**

El menor debe exhibir al menos dos características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes.

Sí      No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Desaparece o se escapa ocasionalmente por períodos cortos de tiempo con la intención de volver   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Ocasionalmente se saltea clases o exhibe comportamiento que afecta el logro en el aula; que requiere tomar clases recuperatorias y el contacto ocasional entre los padres y la escuela; ayuda extra con la tarea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Ocasionalmente recurre a portarse mal sexualmente, se masturba o usa lenguaje sexual inadecuado  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Ocasionalmente experimenta con alcohol, drogas o ambos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Conflictos hostiles poco frecuentes con padres, figuras comunitarias o de autoridad  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas ocasionales por robo, hurto, vandalismo, destrucción de propiedades  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Comportamiento inadecuado ocasional con sus pares; conflictos poco frecuentes con amigos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Comportamiento ocasional agresivo hacia las personas, por ejemplo, morder, arañar, arrojar objetos a otro, agresividad sexual  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.  |
-

### **Moderado**

El menor debe mostrar al menos dos características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado de comportamiento a un nivel moderado.

Sí      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Desaparece o se escapa con frecuencia por períodos más largos de tiempo, que requiere alentarlos para volver  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Con frecuencia falta a clases sin permiso o exhibe comportamiento que afecta el logro en la clase; crea perturbación en la clase; requiere ayuda extra con el trabajo de la escuela por parte de los padres; contacto frecuente entre los padres y la escuela |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Exhibe con frecuencia actividad sexual dañina a otros, perturbadora para la familia y la comunidad  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Frecuentemente usa alcohol o drogas o ambos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Participa ocasionalmente en delitos no violentos / propiedad que pueden producir contacto con la policía / autoridades; por ejemplo, robo   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Comportamiento frecuente agresivo hacia las personas, por ejemplo, morder, arañar, arrojar objetos a otro, agresividad sexual   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Comportamiento autoabusivo frecuente, por ejemplo, golpearse la cabeza, hincarse un ojo, patearse, morderse   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.   |

---

### **Intensivo**

El menor debe exhibir una o más características graves que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado de comportamiento a un nivel intensivo.

Sí      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Se escapa por largos períodos de tiempo (ocho o más veces por año y cinco o más días por vez), volviendo únicamente como resultado de la iniciativa de terceros       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Crea perturbación habitual en la clase o en el ómnibus de la escuela, falta a clase sin permiso habitualmente; requiere contacto diario entre los padres y la escuela |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Exhibe desviación sexual, por ejemplo, de un tipo violento o sin consentimiento con los demás   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Habitualmente usa alcohol o drogas o ambos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Comportamiento social repetido e incontrolable que resulta en estado de delincuencia, por ejemplo, infracciones a la propiedad, agresión, incendio provocado          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Comportamiento agresivo diario; por ejemplo, morder, arañar, arrojar objetos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Comportamiento autoabusivo constante, por ejemplo, golpearse la cabeza, hincarse un ojo, patearse, morderse   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Trastornos alimenticios graves, come artículos inadecuados  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.   |

---

## Necesidades de cuidado físico y personal

- No aplica** – El menor no exhibe características físicas o personales inusuales para un niño de esta edad.

### **Mínimas**

El menor debe exhibir una o más características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades de cuidado físico y personal a un nivel mínimo.

Sí      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Necesita algo de ayuda para ponerse los soportes o los dispositivos prostéticos y ayuda con los botones o cordones, pero básicamente se cuida a sí mismo y puede mantener sus propios dispositivos de asistencia física |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Convulsiones, disfunciones motrices, controladas por medicación   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Requiere terapia para la motricidad fina y gruesa   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Requiere supervisión / preparación de dieta especial  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.   |

---

### **Moderado**

El menor debe exhibir una o más características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades a un nivel moderado.

Sí      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Requiere ayuda para vestirse, bañarse y las necesidades generales relacionadas con el baño, incluido el mantenimiento de los procedimientos; por ejemplo, cambio de pañales y aplicarse catéteres; requiere la ayuda de una persona o un dispositivo para caminar y moverse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Necesita ayuda para cuidar y mantener los dispositivos de asistencia física   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Exhibe problemas alimenticios, de alimentación, por ejemplo, ingesta excesiva, extremo desorden, come extremadamente lento; requiere ayuda, supervisión o ambas   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Requiere alimentación por medio de un tubo o alimentación gástrica  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Requiere cuidado especial frecuente para prevenir o remediar condiciones cutáneas graves, como ser escaras, eczemas severos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Requiere la administración diaria de medicamentos, preparación de dietas especiales, terapias físicas recetadas, es decir, para la visión, la audición, el habla, la motricidad fina o gruesa, 1 o 2 horas por día  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.   |

---

**Intensivo**

El menor debe exhibir una o más características que incluyan o se correspondan en extensión o grado con las siguientes para ser considerado como un menor que tiene necesidades a un nivel intensivo.

Sí      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. No ambulatorio  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Convulsiones incontrolables   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Necesita dispositivos para el drenaje, colostomía, aspiración, succión, cámara nebulizadora, etc.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Problemas de la vista, funciones del habla o de la audición que requieren capacitación de los padres  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Requiere la administración en la casa de una rutina de ejercicios diarios recetados para mejorar o mantener las destrezas de motricidad fina o gruesa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Requiere procedimientos preventivos, por ejemplo, irrigación diaria   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Requiere limpieza / lavandería excesiva y control de desechos corporales  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. El cuidado ortopédico a este nivel demanda una cantidad de tiempo, cuidado y responsabilidad excesivos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Requiere terapia física recetada intensiva de hasta 2 a 3 horas por día   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Exhibe otras características que corresponden en extensión o grado. Si es "Sí" – Especifique.  |

---

Describa los requisitos diarios de cuidado del menor que difieran de las necesidades de cuidado usuales de un niño de la misma edad. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

---

Describa el nivel actual de dificultad de cuidado del menor. Adjunte evaluaciones escolares, médicas, psicológicas u otras que documenten las necesidades de cuidado especial actuales del menor y/o adjunte un formulario firmado de "Confirmación de Necesidades", CFS-2159.

---

---

**SECCIÓN C. AUTORIZACIÓN**

---

Declaro que toda la información proporcionada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender y refleja las necesidades especiales del menor indicado en la página 1.

---

**FIRMA** – Padre/Madre adoptivo 1

---

Fecha de la firma

---

**FIRMA** – Padre/Madre adoptivo 2

---

Fecha de la firma

Las preguntas relativas a cómo completar este formulario deberían dirigirse a (608) 266-1142.

Devuelva el formulario completo a: Adoption Assistance  
DCF/DSP  
P.O. Box 8916  
Madison, WI 53708-8916